

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N° 367

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Louis GUÉZENNEC

Né le 7 Septembre 1910 à Lannion (Côtes-du-Nord)

Contribution à l'Etude Clinique
du Cancer Primitif du Poumon
à Symptomatologie Pleurale

Président : M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 et 13, Rue de l'École de Médecine
PARIS
—
1940

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Louis GUÉZENNEC

Né le 7 Septembre 1910 à Lannion (Côtes-du-Nord)

Contribution à l'Etude Clinique du Cancer Primitif du Poumon à Symptomatologie Pleurale

Président : M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 et 13, Rue de l'École de Médecine
PARIS

1940

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie Médicale.	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	TROISIER
Clinique cardiologie	MATHIEU.
	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) .. Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.

HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 LE LORIER Obstétrique.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale
 VANDESCAL Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ...	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	}
PASTEUR - VALLE- RY - RADOT			
JEZARY			
		MM.	
		ECALLE	} Clinique obstétricale.
		METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Educacion physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

Qu'ils trouvent ici un faible témoignage de ma profonde affection et de ma gratitude.

A MA SŒUR

A MON AMI Monsieur J. QUÉRÉ
Chirurgien-Dentiste

qui me guida avec une paternelle sollicitude dans le choix de ma profession et dont la vie toute de labeur et de probité sera toujours pour moi un exemple. Qu'il accepte toute ma reconnaissance.

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Médecin de la Pitié

Professeur de Clinique des Maladies Mentales
et des Maladies de l'Encéphale

qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage de ma profonde reconnaissance.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur Gérard MAUREL

Ex-Interne des Hôpitaux de Paris
Stomatologiste de l'Hôpital de la Pitié
Professeur de Chirurgie maxillo-faciale
à l'Ecole Odontotechnique
Officier de la Légion d'Honneur

*qui fit toujours preuve envers moi
d'une bienveillante attention. En té-
moignage de ma respectueuse grati-
tude et de ma profonde reconnais-
sance.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur A. BOZO
Ancien Stomatologiste des Hôpitaux de Paris

Hommage reconnaissant et respectueux.

A MES MAITRES
DE L'ECOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur A. CHUFFART

*dont l'expérience et les bons conseils
me furent souvent si utiles. Qu'il soit
remercié pour l'intérêt qu'il voulut
bien me porter.*

A MES MAITRES

Monsieur le Docteur J. CHATELLIER

Monsieur le Docteur FRIEZ
Stomatologistes des Hôpitaux de Paris

Messieurs les Docteurs
MESNARD, PAUCOT, PARANT

Avec ma reconnaissante et respectueuse amitié.

AVANT-PROPOS

Il eut été plus logique de notre part de traiter un sujet de stomatologie, étant diplômé de l'Ecole Française de Stomatologie et ayant pratiqué depuis plus de deux ans, d'une façon quotidienne, cette spécialité dans les Hôpitaux de Paris. Mais, en raison des circonstances, la plupart de nos maîtres ont été mobilisés, les services de stomatologie momentanément désorganisés. Toutes ces raisons jointes au souci légitime de terminer notre scolarité avant notre incorporation, nous ont incité à traiter un sujet de médecine générale dont les principaux matériaux nous ont été fournis par un ami très cher. Nous nous excusons donc près de nos maîtres de la brièveté et de l'imperfection de ce modeste travail et leur demandons toute leur indulgence.

INTRODUCTION

La fréquence des cancers primitifs du poumon est, à l'heure actuelle, reconnue. Il ne se passe pas de semaine où dans un service quelconque de médecine générale l'on n'ait à envisager ce diagnostic. Ce dernier est aisé, en général, si l'on songe au cancer en présence d'un malade présentant souvent des symptômes d'une extrême banalité en apparence.

Le polymorphisme clinique de ces tumeurs pulmonaires est considérable, et parmi celles-ci, celles qui revêtent une symptomatologie pleurale sont parmi les plus fréquentes.

L'observation récente d'un cancer primitif du poumon à manifestation pleurale prédominante, nous a incité à en reprendre brièvement la symptomatologie.



OBSERVATIONS

*Observation inédite et résumée à la consultation
du Centre de Pneumologie de l'Hôpital Beaujon.*

F..., âgé de 52 ans, rentier, vient consulter au début de mai 1939. Il présente quelques vagues douleurs thoraciques du côté droit, une légère fatigue, s'accompagnant d'anorexie datant de deux mois environ. Il tousse par quintes, mais son expectoration est banale, muco-purulente, ne renfermant pas de bacille de Koch. Dans ses antécédents, aucune maladie importante à signaler. Il n'a jamais présenté aucun symptôme ayant pu à un moment quelconque attirer l'attention sur l'appareil pulmonaire.

L'examen permet de constater un état général encore très satisfaisant, malgré une certaine pâleur. L'hémithorax droit respire moins amplement que le gauche. Les vibrations vocales y sont abolies sur presque toute la hauteur. Cette zone est le siège d'une matité absolue, surtout marquée en arrière.

Le murmure vésiculaire est aboli. Il existe un souffle lointain qui n'est pas typiquement pleural.

Pas de circulation collatérale, pas d'adénopathies. Tous les autres appareils sont parfaitement normaux. Une ponction exploratrice retire un liquide citrin banal qui paraît être en petite quantité. Formule mixte; une radiographie ne montre rien de particulier, si ce n'est une image de pleurésie banale.

Le malade ne veut pas être hospitalisé et refuse d'autres examens. Il retourne chez lui et revient au bout d'un mois. La matité paraît avoir augmenté, on constate la présence de deux ganglions durs et mobiles dans l'aisselle droite.

Une nouvelle ponction retire encore une petite quantité de liquide légèrement hémorragique. On injecte 200 cc. d'air dans la plèvre.

Deux radiographies de face et de profil montrent un décollement partiel postérieur, mais permettent surtout de préciser l'existence d'une masse homogène, paraissant faire saillie dans la cavité pleurale.

Refus d'hospitalisation. Le malade est suivi régulièrement. Evolution sensiblement apyrétique avec déclin de l'état général très rapide. Mort subite au mois de septembre sans qu'il ait été possible d'en préciser la raison.

Observation résumée
de MM. Sergent, Fourestier et Duperrat

69 ans. Aucun épisode pathologique antérieur. Le début apparent de la maladie remonterait au 15 juillet 1934 par des frissons répétés sans point de côté. Les jours suivants : toux, expectoration, essoufflement à l'effort et, depuis, ces symptômes ont persisté avec alternatives d'accentuation et de sédation et aggravation progressive.

Le 19 août 1935, un médecin découvre une pleurésie gauche : 3/4 de litre de liquide séro-fibrineux ne contenant par de B. K. Une autre ponction de 1 litre est pratiquée en décembre 1935; une troisième en janvier 1936. En juin 1936, fatigue et amaigrissement augmentent. Il entre à l'hôpital Broussais. Outre son amaigrissement, il se plaint de toux fréquente, ramenant une expectoration abondante muqueuse. Des douleurs permanentes à la base de l'hémithorax gauche sont apparues, s'accompagnant d'essoufflement et de dysphagie.

L'hémithorax gauche est affaissé et immobile, siège d'une matité absolue, postérieure et antérieure. Silence respiratoire complet sauf dans la région parahilaire où l'on entend un souffle doux.

L'hémithorax droit est parfaitement normal. L'examen général ne dénote rien de particulier.

Une ponction ramène, après avoir traversé une coque dure, du liquide séro-fibrineux contenant 60 gr. d'albumine, des hématies et de nombreux lymphocytes. Ni ce liquide, ni l'expectoration ne sont bacillifères.

Radiologiquement, on note l'aspect uniformément sombre de tout l'hémithorax gauche sur lequel tranchent plusieurs images hydro-aériques témoignant du cloisonnement pleural.

La trachée et le cœur sont déplacés.

Cet ensemble radiologique évoque l'intrication d'atélectasie massive (aspect uniformément sombre de tout le poumon gauche rétracté) et de sclérose avec pachypleurite (cloisonnement de la cavité pleurale hachée et sinueuse).

Une œsophagoscopie montre une sténose extrinsèque n'infiltrant nullement la muqueuse dont l'aspect normal est conservé. La bronchoscopie montre également une sténose totale de la bronche-souche gauche.

Mort le 30 novembre, dans la cachexie.

En résumé, il s'agissait d'un cancer du poumon polysténosant, dans l'évolution duquel on put constater un épanchement séro-fibrineux avec cloisonnement pleural et atélectasie.

Observation inédite

Mlle G..., 34 ans, aurait fait une « grippe » en 1936; depuis ce moment elle a perdu 7 kilos et a continué à tousser, parfois assez fréquemment pour empêcher le sommeil. L'expectoration n'a jamais été sanglante, il n'y a pas eu d'accidents fébriles, mais la malade se plaint d'insomnie, d'inappétence. Le médecin consulté ne trouve jamais aucun signe stéthoscopique.

En mai 1937, l'état général se relevant, la malade reprend 4 kilos, mais elle se plaint de douleurs dans la région scapulaire gauche, où l'auscultation ne révèle d'ailleurs aucun signe.

En juillet 1937, la malade est prise de fièvre à début brusque; on fait le diagnostic de pleurésie gauche avec épanchement. La température oscille entre 38 et 39; le pouls est rapide, la dyspnée marquée. On pense à une pleurésie tuberculeuse.

Le 20 août, on pratique une ponction évacuatrice de 600 cc. de liquide citrin, sans amélioration de la dyspnée.

En septembre, l'état est stationnaire et la température oscille entre 38 et 39 de façon désordonnée, s'accompagnant de dyspnée intense.

L'examen montre alors à gauche un épanchement moyen sans matité de l'espace de Traube et sans

déplacement du médiastin. Il n'y a pas de bruits adventices à l'auscultation du sommet pulmonaire dont la sonorité est tympanique. Le côté droit est normal. La dyspnée est très vive. Un cliché montre que le poumon droit est normal. Il y a une opacité pleurale à la base gauche, mais la région hilare gauche semble, autant qu'on peut en juger dans ces conditions, occupée par une ombre anormalement développée.

En dépit de la formule lymphocytaire de l'épanchement, devant l'allure bizarre de la température, la cachexie de la malade, l'absence de signes évidents de généralisation tuberculeuse, l'intégrité des autres séreuses, on met en doute le diagnostic de pleurésie tuberculeuse et on envisage le diagnostic de néoplasme. Il n'y a pas d'adénopathie perceptible.

A la fin de septembre, on pratique une thoracentèse de 1.200 cc., suivie d'une insufflation de 700 cc. d'air. Les symptômes fonctionnels et les signes généraux ne se modifient pas. Le liquide est toujours citrin à formule lymphocytaire, sans germes ni bacilles.

Au début d'octobre apparaît une adénopathie cervicale gauche. Nouvelle thoracentèse, le liquide s'étant reproduit avec une grande rapidité. On retire 1.000 cc. et on injecte 600 cc. d'air. L'examen

radiologique montre qu'il ne subsiste plus de liquide dans la plèvre gauche. Le moignon pulmonaire est collabé et sa région interne est occupée par une masse sombre. La fièvre oscille entre 38 et 40. La dyspnée est de plus en plus vive avec toux sèche et quinteuse. La cachexie s'accroît et la malade succombe les premiers jours de décembre.

Observation de MM. Rist et Rolland

M. P..., 57 ans, cuisinier, vient consulter le 6 juillet 1921 pour une dyspnée d'effort qui, ayant débuté il y a six mois, s'accuse de plus en plus au point d'empêcher tout travail. Elle s'accompagne d'une légère douleur thoracique gauche : la toux et l'expectoration sont minimales. Il n'y a pas de fièvre.

L'examen stéthacoustique révèle les signes d'un épanchement pleural gauche abondant. La radioscopie montre une opacité totale et homogène de l'hémithorax gauche avec légère dextrocardie, la trachée restant médiane.

Une ponction exploratrice permet de retirer un liquide hémorragique contenant, outre des globules rouges en grande quantité, des lymphocytes et quelques grandes cellules endothéliales sans caractère particulier.

Le malade ne présente pas de signes anormaux à l'examen de l'appareil circulatoire. Il n'y a pas d'œdème des jambes. La tension artérielle est de 18,5-13. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le malade entre dans le service où on pratique, le 15 juillet puis le 26 juillet, deux ponctions évacuatrices. Le liquide extrait a l'aspect et les caractères cytologiques constatés lors de la ponction exploratrice. Il ne contient pas de bacilles de Koch. La dernière ponction, de 1.350 cc., est suivie d'une insufflation de gaz de 1.475 cc. Après cette insufflation, la radioscopie montre qu'un peu de liquide existe encore dans le cul-de-sac costo-diaphragmatique; le poumon n'est que partiellement décollé : il adhère au médiastin d'une part, et d'autre part, par toute la partie supérieure de sa face externe, à la paroi thoracique : fait particulier, le moignon pulmonaire est d'une opacité homogène extrêmement foncée. Quatre examens successifs de l'expectoration montrent qu'elle ne contient pas de bacilles. Durant le séjour du malade à l'hôpital, jusqu'au 17 octobre, une nouvelle ponction évacuatrice permet de retirer 1.200 cc. de liquide hémorragique, remplacé par 1.050 cc. de gaz. Les caractères de ce liquide ne sont pas modifiés; plusieurs autres ponctions exploratrices sont pratiquées; jamais elles ne permettent de mettre en évidence,

dans le sédiment de centrifugation, de cellules ayant les caractères typiques des éléments néoplasiques.

Néanmoins, un traitement radiothérapique est institué : commencé à Laënnec, il est poursuivi à Saint-Antoine, dans le service du docteur Bécclère; le malade subit, jusqu'au 1^{er} mars 1922, vingt-deux séances de radiothérapie. Entre temps, il vient se faire examiner à la consultation du dispensaire Léon Bourgeois, où l'on surveille son épanchement que l'on évacue plusieurs fois (quatre ponctions successives jusqu'au 13 avril 1922) : le liquide toujours hématique est remplacé chaque fois par du gaz.

Le 17 mai 1922, le malade se présente à la consultation extrêmement fatigué, amaigri et dyspnéique. Le liquide remonte à gauche jusqu'au mamelon : l'auscultation permet de percevoir d'assez nombreux râles sous-crépitaunts. Le malade entre dans le service et ne tarde pas à y succomber.

A l'autopsie, on trouve un hémopneumothorax gauche avec énorme épaissement de la plèvre pariétale et viscérale. La plèvre médiastine a l'épaisseur d'un pouce avec adhérences très solides. La coupe montre une infiltration néoplasique très importante du lobe supérieur. Aucune lésion viscérale, mais deux nodules métastatiques : l'un dans le rein droit, l'autre sous la capsule splénique,

ETUDE CLINIQUE

Il est classique de diviser les cancers primitifs du poumon à symptomatologie pleurale en deux catégories :

- l'une comprenant les cancers à symptomatologie pseudo-pleurétique,
- l'autre comprenant les cancers à symptomatologie purement pleurale.

I. — *Cancer à symptomatologie pseudo-pleurétique*

Il s'agit ici de formes dont la symptomatologie pleurale n'est qu'une apparence, la ponction ou l'examen nécropsique montrant l'absence de propagation ou de répercussion pleurale. Leur traduction clinique en est variable.

1° *Formes pleurodyniques.* — Ce sont des formes où la douleur est le symptôme majeur et dominant. Le début est brutal, la dyspnée fait penser à un début de pleurésie aiguë, d'autant plus que la fiè-

vre peut s'observer, en général, modérée. Ailleurs, les douleurs sont plus diffuses, pleurales ou abdominales, erratiques. (LÆPER et GARCIN.)

La pâleur, l'amaigrissement, les signes pleuro-pulmonaires discrets qui les accompagnent viennent évoquer l'idée d'une pleurésie tuberculeuse qu'infirmes la ponction exploratrice.

Il semble que ces douleurs, souvent à type névralgique, soient dues à la compression radiculaire par la tumeur.

2° *Forme pseudo pleurétique du cancer massif.*
— Il s'agit ici d'une réaction connue et depuis fort longtemps classique, telle que l'intensité des signes physiques, et surtout l'étendue de la matité peuvent en imposer pour un épanchement très abondant. Qu'il nous soit permis de rappeler quelques particularités séméiologiques de ces faux épanchements par tumeur pulmonaire : matité dure, ligneuse, isolée, à limites nettes, souvent localisée à la partie postérieure ou antérieure de l'hémithorax, et s'accroissant progressivement; l'absence de déplacement des organes contraste avec ces faux signes d'épanchement : l'espace de Traube reste sonore. La ponction blanche, et l'examen radiographique viendront, en cas de doute clinique, montrer l'erreur et préciser la nuance clinique.

Chez l'enfant, cette forme pseudo pleurétique serait particulièrement fréquente (LEREBOULLET, GARNIER et COURTIAL). La tumeur se développe à bas bruit jusqu'à ce que, ayant envahi la plus grande partie de la cavité pleurale, elle se révèle par les troubles de distension de l'hémithorax : dyspnée, douleur diffuse et sourde, voussure parfois localisée, tachycardie. Il s'agit donc le plus souvent d'un syndrome simulant un grand épanchement, mais parfois accompagné de fièvre.

La radiographie permet assez facilement le diagnostic de tumeur, l'ombre ayant une limite supérieure nette et différente de celle d'une pleurésie.

Ces tumeurs, autrefois qualifiées sarcomes, doivent être actuellement décrites sous le vocable de cancer primitif du poumon. Il s'agit le plus souvent d'épithélioma à petites cellules.

3° *Les fausses images de pleurésie dues à l'atélectasie pulmonaire.* — Les travaux récents ont insisté sur la fréquence de l'atélectasie au cours de l'évolution des cancers du poumon.

Elle peut se manifester de façon précoce; chez un malade encore jeune, la conservation paradoxale de l'état général n'est pas exceptionnelle. Les symptômes fonctionnels (dyspnée, douleur, toux, expectoration) sont des plus variables et des plus

banaux. Quant aux signes physiques ils sont souvent peu marqués, voire même inexistants :

— la rétraction de l'hémithorax avec diminution et abolition des mouvements respiratoires,

— la diminution des vibrations vocales et de la sonorité,

— la diminution ou l'abolition du murmure vésiculaire, constituent le trépied clinique de l'atélectasie.

L'examen radiologique permet de mettre en évidence trois signes majeurs :

— une opacité homogène de l'hémithorax avec attraction de la trachée, des bronches et de l'ombre cardiaque,

— une « paralysie diaphragmatique » : ascension et immobilité de la coupole,

— une obstruction bronchique au lipiodol répondant à la région atélectasiée.

Certes, en présence d'un tel tableau il est difficile de faire une erreur de diagnostic. Mais il est des atélectasies partielles pouvant n'atteindre qu'un seul lobe, et surtout, à l'atélectasie se surajoute fréquemment, en cas de cancer sténosant bronchique, une réaction pleurale. Donc, s'il existe des formes pseudo-pleurétiques des cancers pulmonaires, broncho-sténosants, atélectasiques, on peut voir indubitablement des réactions pleurales

vraies au cours de l'évolution de ces mêmes tumeurs. La richesse symptomatologique de ces cancers pulmonaires est extrême. La ponction exploratrice est nécessaire : elle montre la réaction pleurale associée. Enfin la facilité d'aspiration pleurale au cours de la ponction confirme la participation atélectasique.

4° *Forme pseudo-pleurétique par paralysie du nerf phrénique.* — La paralysie diaphragmatique est parfois le premier signe d'un cancer primitif du poumon, qui se révèle sous l'apparence d'une pleurésie de la base si la lésion siège à droite et si, par conséquent, la matité hépatique s'élève. Si une telle paralysie, comme d'ailleurs celle des autres nerfs intra-thoraciques (récurrent, sympathique), accompagne le plus souvent les manifestations pulmonaires évidentes, elle peut aussi apparaître comme le premier signe classique, et on conçoit alors toutes les difficultés du diagnostic et les causes d'erreur qu'elle peut entraîner. Que telle paralysie s'accompagne très rarement de hoquet et l'on ne retrouve pour ainsi dire jamais les points classiques de la névralgie phrénique, ce qui ajoute encore à la difficulté d'interprétation d'un tel syndrome de la base. La ponction exploratrice n'est pas sans danger, à gauche tout au

moins, du fait des risques qu'elle fait courir au malade par blessure possible de l'estomac ou du colon remontés sous la coupole diaphragmatique paralysée.

Cliniquement, le contraste (à gauche surtout) entre l'importance de la matité postérieure et la persistance d'un Traube sonore, doit donner l'éveil.

Mais c'est surtout à l'examen radiologique, indispensable, qu'il faut avoir recours. L'image diaphragmatique est arrondie, convexe en haut, avec son maximum d'élévation à la partie centrale, immobile dans les mouvements respiratoires et présentant le classique mouvement de bascule. La coexistence d'autres paralysies est possible. (Claude BERNARD HORNER, paralysie phrénique et paralysie du plexus brachial associés dans une observation de COURCOUX et LEREBoullet.)

L'association de la paralysie du nerf phrénique et du récurrent est fréquente au cours du cancer primitif du poumon, et sa constatation doit toujours, d'après SERGENT, y faire penser.

D'autres fois enfin, au lieu de simuler un syndrome pseudo-pleurétique, la paralysie phrénique peut imposer l'idée d'un pneumothorax partiel de la base. (RIST et ROLLAND.)

5° *Les faux aspects pleurétiques du cancer du poumon par collection suppurée intra-pulmonaire.* — Déjà BAYLE en 1810, qui, le premier, isola du groupe confus des pneumopathies le cancer du poumon, signala très nettement les cancers suppurés dans la description qu'il en donne. Mais c'est surtout depuis une quinzaine d'années que les nombreux cas signalés en France et à l'étranger ont permis de donner une individualité clinique à ces tumeurs, grâce surtout à la généralisation des examens radiologiques.

En effet, il est des cancers pulmonaires suppurés qui se présentent comme de véritables pleurésies purulentes enkystées. La symptomatologie pleurale est donc encore ici une symptomatologie d'emprunt. Il s'agit de véritables formes pseudo-pleurétiques du cancer primitif du poumon. C'est le diagnostic de pleurésie interlobaire que l'on porte le plus souvent, du moins à un moment de l'évolution. SERGENT y a insisté à plusieurs reprises dans ses publications. GARNIER et CATHALA, HUGUENIN et BLANCHE entre autres ont rapporté des observations semblables où le diagnostic porté fut celui de pleurésie interlobaire.

En réalité, ces faits demeurent rares. C'est le plus souvent le diagnostic de collection suppurée intra-pulmonaire qui vient à l'esprit (abcès, gangrène,

kyste hydatique suppuré, dilatation des bronches, etc...). Il semble que, de plus en plus, le cancer primitif du poumon revête une symptomatologie de suppuration qui en rend le diagnostic assez difficile.

6° A côté de ces formes pseudo-pleurétiques du cancer primitif du poumon, et du seul intérêt diagnostique, il convient de dire quelques mots du cancer primitif de la plèvre.

Insidiosité du début, longue latence, intensité des douleurs terminales, absence de modification de l'état général, tout au moins jusqu'à la phase terminale, fréquence de l'épanchement hémorragique, et rareté des adénopathies constituent quelques-uns des signes cliniques principaux de cette rare localisation du cancer. Si le pronostic est fatal, il l'est néanmoins au bout d'un temps assez long, contrairement à celui du cancer pulmonaire proprement dit. Quelle qu'en soit la nature histologique, il faut savoir y penser devant une pleurésie hémorragique, traînante, qui ne fait pas sa preuve tuberculeuse.

Il convient enfin de rappeler que certains épithéliomas primitifs du poumon sont capables de s'étaler en surface et de revêtir l'aspect du cancer primitif de la plèvre.

II. — *Les formes proprement pleurétiques
du cancer primitif du poumon.*

Elles sont bien différentes des cas que nous venons d'envisager. Il s'agit ici de formes s'accompagnant d'un épanchement hémorragique ou séro-fibrineux. Leur intérêt clinique est considérable, car il montre l'importance d'un examen méthodique et rigoureux qui permettra de dépister le cancer primitif du poumon sous le syndrome d'emprunt de la pleurésie qui le cache.

1° *Formes où domine une pleurésie séro-fibrineuse.* — La symptomatologie est classique. Il s'agit d'un épanchement pleural survenant en général sans fièvre, sans amaigrissement, sans fatigue, sans aucun des signes qui soulignent d'ordinaire le début d'une pleurésie séro-fibrineuse banale.

A la suite de ce début insidieux apparaît un point de côté tenace, persistant, très douloureux, avec souvent irradiation en demi-ceinture. Déjà DIEU-LAFOY insistait sur la douleur dont l'intensité est plus marquée qu'en aucune autre pleurésie. Elle est aussi plus étalée et irradiant parfois à distance.

La ponction évacuatrice ne soulage pas le malade et ne diminue pas la dyspnée. C'est un épanchement très abondant et récidivant rapidement.

Ce sont là deux faits d'une importance capitale pour le diagnostic. La formule en est banale, tantôt lymphocytaire, tantôt endothéliale. Exceptionnellement, on y trouvera des cellules cancéreuses. L'ombre liquidienne radiologique masquant les caractères de la tumeur sous-jacente, on conçoit toute la difficulté du diagnostic qui se pose surtout avec celui des épanchements tuberculeux.

— Cliniquement, l'absence de souffle pleurétique, l'absence de déplacement des organes malgré l'abondance de l'épanchement ainsi que d'autres nuances séméiologiques sont, par suite de l'aspect protéiforme du tableau, d'un secours le plus souvent illusoire pour le diagnostic. Par contre, il est un mode d'exploration qui est capable d'apporter d'utiles précisions : *une pneumo-séreuse, suffisamment abondante et surtout examinée sous plusieurs incidences radiologiques*. On constate alors soit une masse unique, opaque, à contours plus ou moins nets, située en plein parenchyme pulmonaire, près du hile, soit des noyaux très nets à la corticalité du poumon.

Les meilleurs éléments de diagnostic en présence d'un tel tableau paraissent devoir être :

— l'absence de bacilles dans le liquide après inoculation au cobaye,

— l'absence de fièvre dans les débuts de la maladie,

— les renseignements fournis par la pneumo-séreuse.

Cependant, les nombreuses observations publiées permettent de retenir que :

— l'épanchement est souvent cloisonné, ce qui expliquerait l'absence de déplacement du médiastin,

— la présence de bacilles de Koch dans un tel épanchement ne doit pas à priori faire rejeter le diagnostic de cancer du poumon, car l'association cancer et tuberculose est possible et loin d'être exceptionnelle,

— une réaction pleurale séro-fibrineuse accompagne très fréquemment la défaillance cardiaque. Ses caractères en sont bien connus; mais il faut savoir qu'une défaillance cardiaque, une asystolie aiguë ou d'installation rapide peuvent être révélatrices d'un cancer pulmonaire. (SAVY, DELORE et NAUSSAC.)

2° *La pleurésie hémorragique du cancer primitif du poumon.* — TROUSSEAU et les classiques tenaient ces épanchements pour les plus fréquentes des réactions pleurales du cancer du poumon. Le liquide peut évoluer avec la maladie, étant d'em-

blée hémorragique, ou hémorragique puis séreux, ou séreux puis hémorragique. Parfois il existe plusieurs parties contenant les unes du liquide citrin, les autres du liquide sanglant.

Le début de ces pleurésies est généralement insidieux. Elles ne s'accompagnent ni de dyspnée, ni de douleurs vives; elles se produisent avec rapidité; la ponction soulage à peine le malade dont la dyspnée est avant tout d'origine pulmonaire.

La plupart du temps, comme l'affirmait DIEU-LAFOY, l'on constate l'absence d'éosinophiles dans les épanchements pleuraux des cancers du poumon. En fait, il n'en est pas toujours ainsi. L. BERNARD et MARIE entre autres ont montré cette règle en défaut dans quelques cas. De même que les qualités hémolytiques de ces épanchements n'ont rien de particulier. On les retrouve dans les pleurésies hémorragiques d'autre nature.

En résumé, hormis les cas rares où la découverte dans le liquide pleural de cellules néoplasiques (à différencier des grands macrophages) affirme le diagnostic, ce dernier ne pourra être correctement établi qu'après un examen minutieux, clinique et radiologique du malade.

Signalons enfin les deux observations de LETULLE et JACQUELIN, de LœPER et GARNIER, où l'affection évolua sous les traits d'une pachypleurite

hémorragique, avec bronchite chronique, simulant pendant longtemps une tuberculose pulmonaire.

3° L'intensité de la réaction pleurale peut être telle, au cours de l'évolution du cancer primitif du poumon, que certains auteurs (BONNAMOUR, DOUBROW et DELORE) ont voulu individualiser un type particulier : la *pachypleurite cancéreuse*.

Ce sont là des cancers étalés en surface, avec grosse réaction pleurale, de diagnostic histologique.

4° A côté de ces pachypleurites, il faut rappeler l'existence de *réactions pleurales inflammatoires, évoluant vers la symphyse ou la suppuration*. SERGENT et ses élèves ont en particulier attiré l'attention sur la note de suppuration pleurale qui souvent domine le tableau clinique. Ce dernier est presque toujours le même; presque toutes les observations se ressemblent. Longtemps le diagnostic porté est celui de pleurésie purulente et souvent l'évacuation chirurgicale a été demandée. Le diagnostic est particulièrement difficile, car il doit parcourir deux étapes :

- reconnaître la pleurésie purulente,
- découvrir la tumeur sous-jacente.

A ce propos, nous rappellerons la règle formelle de suspecter le cancer chez tout individu âgé de plus de 40 ans, présentant une pleuro-pneumopathie bâtarde qui ne fait pas sa preuve. Tout symptôme pulmonaire ou thoracique dont on ne retrouve pas d'emblée et aisément la cause doit, à partir de cet âge, faire penser au cancer et cela d'autant plus s'il s'y ajoute une atteinte progressive de l'état général, de l'amaigrissement, de l'asthénie. Dès lors, il faudra tout mettre en œuvre pour faire la preuve du cancer.

— recherche de cellules cancéreuses dans le liquide pleural et l'expectoration;

— bronchoscopie et opacification bronchique;

,— examen radiologique sous diverses incidences;

— tomographies;

— examen de ganglions prélevés.

CONCLUSIONS

Au terme de cette étude rapide de la symptomatologie des cancers primitifs du poumon, nous pensons pouvoir rappeler les conclusions suivantes :

1. — Dans la symptomatologie du cancer primitif du poumon, la note pleurale intervient très fréquemment pour nuancer le tableau clinique, ou manifestement imposer le diagnostic de pleurésie, à tel point que la dénomination de ces tumeurs est le plus souvent celle de cancer pleuro-pulmonaire.

2. — Cette pleurésie peut n'être qu'une apparence, et sous le syndrome pseudo-pleurétique constaté, il faut diagnostiquer la tumeur pulmonaire.

3. — Le volume considérable de la tumeur, son évolution particulière en surface, la paralysie phrénique qu'elle entraîne, l'atélectasie qu'elle

provoque représentent quelques-uns des facteurs responsables de cette fausse interprétation pleurale.

4. — En même temps qu'un examen clinique minutieux, il faut demander aux moyens d'exploration moderne de l'appareil respiratoire toutes les précisions qu'on est en droit d'en attendre.

5. — Un épanchement séro-fibrineux hémorragique ou purulent peut être en rapport direct avec un cancer du poumon et représenter même parfois le premier symptôme évolutif d'une néoplasie parenchymateuse.

6. — Les réactions pleurales suppurées qui accompagnent l'évolution du cancer primitif du poumon sont particulièrement intéressantes. Elles évoluent tantôt de façon aiguë, tantôt de façon torpide. Elles doivent, toutes les fois qu'elles ne font pas leur preuve immédiate, faire penser à un cancer primitif du poumon et faire mettre en œuvre tous les moyens cliniques, radiologiques et de laboratoire pour les dépister.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président de Thèse,*
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AMEUILLE et TACQUET. — Tumeur pleuro-pulmonaire radiosensible simulant l'épanchement pleural. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 1927, N° 26, p. 1221.)
- ANCHEL. — Les formes pseudo-tuberculeuses du cancer du poumon. (Thèse Paris, 1929.)
- AUDIBERT, AVIERINOS et FARNARIER. — Cancer primitif de la plèvre. (Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire, 1934; Doin, édit., Paris.)
- BARJON. — Etude clinique et radiologique du cancer médiastino-pleuro-pulmonaire. (Journ. de Radiologie, juin 1921.)
- BERNARD (L.) et MARIE. — Les pleurésies hémorragiques à éosinophiles du cancer primitif du poumon. (Annales de Médecine, avril 1933.)
- BERNARD (L.) et MARIE. — Forme pseudo-pleurétique du cancer du poumon par paralysie phrénique. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 13 déc. 1929.)

BONNAMOUR. — Cancer du poumon primitif à forme pseudo-pleurétique chez une vieille femme de 80 ans. (Soc. Méd. Hôp. Lyon, 18 janv. 1921.)

BONNAMOUR, DOUBROW et DELORE. — De la pachypleurite cancéreuse. (Lyon Médical, 1928, p. 363.)

CATHALA et MAINGOT. — Cancer du poumon à forme d'abcès. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 8 mai 1931.)

CAUSSADE, SURMONT et LACAPÈRE. — Sur un cas de cancer du poumon gauche ayant envahi et perforé la paroi cardiaque. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 31 juillet 1925.)

CAUSSADE, SURMONT et LACAPÈRE. — Sur un cas de cancer pulmonaire (oblitération bronchique complète). (Soc. Méd. Hôp. Paris, 17 juillet 1925.)

CHIRAY, ALBOT et JAME. — Les lésions pulmonaires révélatrices des cancers sténosants des bronches souches (Bronchectasies, cavernes bronchectasiques, atélectasie, et broncho-pneumonies subaiguës à plasmodies). (Annales d'Anat. path., 1933, p. 537.)

COQUELET. — Une opération palliative contre les épanchements pleuraux irréductibles d'origine néoplasique. (Le Scalpel, 4 octobre 1930.)

- COTTIN (Mlle), CRAMER et SALOZ. — Etude anatomo-clinique de 29 cas de cancer pulmonaire. (Annales de Médecine, 1920, p. 435.)
- DESCHAMPS (P.-N.) et VIALARD. — Cancer primitif du poumon à marche aiguë et à début pneumonique. (Soc. Méd. Hôp. Parais, 16 janvier 1931.)
- DUMITRESCOMANTE, CONSTANTINESCO, CIORAPCIU et STANCTULESCO. — Cancer primitif pulmonaire, cavitare, suppuré, à bacilles de Friedlander, simulant la pleurésie purulente. (Soc. Méd. Hôp. Bucarest, séance du 17 juin 1936.)
- GAILLARD et DONZELOT. — Cancer et tuberculose pulmonaire. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 1912, p. 89.)
- GARNIER, CATHALA, OUMANSKY et CHÊNE. — Aspects radiographiques au cours du cancer du poumon; images en cadre. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 29 juillet 1927.)
- GUITTON. — Le cancer sténosant des bronches sou-ches. (Thèse Paris, 1933.)
- HARVIER et LITCHWITZ. — Forme suppurative du cancer hilaire du poumon. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 22 juin 1928.)
- HUGUENIN. — Le cancer primitif du poumon. (Thèse, Paris, 1928.)
- KINDBERG et GARCIN. — Sur un cas de généralisation néoplasique à point de départ vraisem-

blement pulmonaire. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 28 octobre 1927.)

KINDBERG et LECŒUR. — Les formes « camouflées » du cancer du poumon. (Document Méd., mai et juin 1939.)

KOURILSKY. — Les abcès du poumon. (Thèse, Paris, 1927.)

JUNGHANS. — Diagnostic clinique erroné dans le cancer du poumon. (Münch. Mediz. Wochens, 30 mai 1930.)

LAPORTE et MOREL. — Syndrome phréno-récurentiel spontané au cours d'un cancer du poumon. (Soc. de Méd. chir. et pharm. de Toulouse, juin 1932.)

LEMIERRE et LAMBLING. — Difficultés du diagnostic du cancer du poumon. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 29 juin 1928.)

LETULLE et JACQUELIN. — Cancer primitif du poumon et pachypleureite hémorragique ancienne. (Soc. Anat. Paris, 29 mai 1920.)

LEREBoullet, GARNIER et COURTIAL. — Le cancer primitif du poumon chez l'enfant. (Paris Médical, 15 févr. 1936, pp. 145-150.)

LAPORTE et MOREL. — Les paralysies au cours du cancer du poumon. (La Pratique Médicale Française, mars 1933, B.)

- LÉPER et GARCIN. — Cancer du poumon à forme osseuse et douloureuse. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 15 juillet 1927.)
- LÉPER et GARCIN. — Forme pseudo-tuberculeuse d'un cancer primitif du poumon. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 23 juillet 1926.)
- MERKLEN et WOLF. — Cancer pulmonaire primitif à forme hémorragique. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 2 décembre 1927.)
- MUSSIO-FOURNIER, BERTOLINI, CERVINO et ROCA (Montevideo). — Sarcome du poumon avec grandes cavités contenant un liquide hémattique qui simulait une pleurésie hémorragique. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 20 octobre 1933.)
- PALIASSE et DAMEZ. — Sur un cas de cancer du poumon avec pleurésie hémorragique. (Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd. de Lyon, 21 décembre 1932.)
- PALIASSE et THÉVENOT. — Cancer du poumon épithélial à évolution lente simulant une pleurésie enkystée. (Soc. Méd. Hôp. Lyon, 1911.)
- PALIASSE, LEDRU et CHARTON (Mlle). — Cancer médiastino-pleuro-pulm. (Soc. Nat. Méd. de Lyon, 18 déc. 1936.)
- PAUCHARD. — Les cancers suppurés du poumon. (Thèse, Paris, 1935.)

- PISSAVY, HUGUENIN et BLANCHE. — Cancer primitif du poumon. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 14 janv. 1927.)
- PRUVOST et D. HESSE. — Les difficultés du diagnostic du cancer du poumon. (L'Hôpital, 1929, B, janvier.)
- RIST et ROLLAND. — Contribution à l'étude anatomo-clinique du cancer primitif du poumon. (Annales de Méd., oct. 1930.)
- ROUBIER et MILHAUD. — Cancer primitif du poumon droit pris pour un abcès sous-phrénique. (Lyon Méd., 25 janv. 1922.)
- RENAUD (Maurice). — Cancer du poumon chez un sujet jeune à évolution silencieuse. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 3 déc. 1920.)
- SAVY, DELORE et NAUSSAC. — Asystolie aiguë liée à un cancer pulmonaire. (Soc. Méd. Hôp. Lyon, 31 janv. 1933.)
- SERGET, BORDET et DURAND. — Exploration radiologique de l'appareil respiratoire (1 vol., 1931.)
- SERGET et DURAND. — Quelques observations du cancer primitif du poumon. (Revue Médicale Française, avril 1929.)
- SERGET, DURAND, KOURILSKY et COUVE. — Cancer primitif du poumon à type d'abcès. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 15 mai 1931.)

SERGENT et GEORGES. — Le syndrome phrénico-puillaire. (Presse Méd., 28 avril 1928.)

SERGENT, KOURILSKY, IMBERT et POUMEAU-DELILLE. — Cancer cavitare des poumons à type d'abcès. (Soc. Méd. Hôp. Paris, juin 1930.)

SERGENT, MIGNOT et DURAND. — Les formes pseudo-tuberculeuses du cancer primitif du poumon. (Par. Médical, janv. 1933.)

SERGENT, MIGNOT, DURAND, KOURILSKY et BENDA. — Formes cliniques et diagnostiques du cancer primitif du poumon. (Arch. Méd. Chir. de l'App. Resp., VI, N° 6, 1933.)

VAUCHER, KAUFMANN et UHRIG. — Cancer du poumon s'étant manifesté par des signes de pleurésie purulente enkystée. (Strasbourg Médical, 23 juillet 1926.)

VITOU-MARANO. — Cancer primitif du poumon et pleurésie purulente. (Semana Medica, 11 août 1932.)

